

## 수혜자/의뢰인 책임 정보 Client Responsibility Information

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|
| 수혜자/의뢰인 이름                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |        |
| 수혜자/의뢰인 주소                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 시        | 주 우편번호 |
| 시설 이름                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 시설 입소 일자 |        |
| 시설 주소                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 시        | 주 우편번호 |
| <p><b>발달장애인부(DDD)의 성인패밀리홈(Adult Family Homes), 성인입소센터(Adult Residential Centers) 또는 DDD 그룹홈(DDD Group Homes) 등의 서비스를 받는 모든 수혜자는 숙식비(방값과 식사값)를 지급할 의무가 있습니다. 귀하가 지급해야 할 이 금액은 귀하가 제출하는 소득과 지출비에 근거해 산정됩니다. 동봉한 수혜자/의뢰인 월소득 보고서(Client Monthly Income Report)에 귀하의 소득과 지출비를 반드시 보고해야 합니다.</b></p> <p>입소시설의 숙식비는 매년 재정되며 변경될 경우 DDD에서 통지서로 알려드릴 것입니다. 수혜자의 책임인 입소시설의 숙식비는 귀하의 총소득에 근거해 산정됩니다. 귀하의 총소득에서 일부 비용을 제한 후 입소 시설의 숙식비를 산정할 수도 있습니다. 공제되는 그 일부 비용은 다음과 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 보조비 수취관리인 수수료 또는</li> <li>b. 법정에서 명령한 보호자 비용 및</li> <li>c. 보호자 설정 또는 유지관리에 직접 관련되는 행정 비용</li> <li>d. 메디케이드 또는 제 삼의 지불처(건강보험)에서 제공하지 않는 의료비</li> </ul> <p>DDD는 귀하가 보고한 지출비 중에서 어느 지출비를 허용할 것인지를 결정할 것입니다.</p> <p><b>귀하가 유면허 시설에 입소해 있는 사람이고 생계보조비(SSI)를 받을 자격이 있으며 또는 생계보조비를 받을 자격이 있는 사람으로 간주되지만 아직 생계보조비(SSI)를 받지 않을 경우 입소 시설의 숙식비만 지급할 의무가 있습니다.</b></p> <p><b>귀하가 유면허 시설에 입소해 있고 HWD(Healthcare for Workers with Disabilities) 프로그램에 등록하였을 경우 입소 시설의 숙식비만 지급할 의무가 있습니다.</b></p> <p><b>귀하가 유면허 시설에 입소해 있고 생계보조비(SSI)를 받을 자격이 없으며(자격이 없는 것으로 간주되고) HWD 프로그램에 등록하지 않았을 경우 입소 시설에서 받는 서비스 비용을 지급해야 합니다. 귀하가 지급해야 할 금액은 귀하의 소득과 지출비 및 메디케이드 자격 여부에 근거하여 정해집니다.</b></p> <p>귀하가 유면허 시설에 입소해 사는 사람으로서 범주적 요보호(Categorically Needy)사람으로 확인되었고 서비스 비용을 메디케이드로 받을 자격이 있을 경우 귀하의 모든 소득은 다음을 공제한 후 입소 시설에서 받는 서비스 비용을 지급할 의무가 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 주정부에서 지시한 PNA(Personal Needs Allowance) \$60.12 및</li> <li>b. 보조비 수취관리인의 비용 또는 법정에서 명령한 보호자 수수료(허용될 경우)</li> </ul> <p>귀하가 유면허 시설에 입소해 있는 사람이고 생계보조비(SSI)를 받을 자격이 없으며 위에 언급한 분류 중 하나에 들지 않는 사람일 경우 귀하의 총소득에서 다음 금액을 공제한 후의 소득을 DDD에서 승인한 서비스 비용에 지급해야만 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. 삭감 금액 \$20(Disregard of \$20)</li> <li>b. PNA(Personal Needs Allowance) \$40.12</li> <li>c. 아래 총지출비 <ul style="list-style-type: none"> <li>i. 보조비 수취관리인 비용 또는</li> <li>ii. 법정에서 명령한 보호자 비용 및</li> <li>iii. 보호자 설정 또는 유지관리에 직접 관련되는 행정 비용</li> <li>iv. 메디케이드와 제 삼의 지불처(건강보험)에서 제공하지 않는 의료비용</li> </ul> </li> <li>d. 보호서비스 제공인(간병시설)에게 지급하는 숙식비</li> </ul> |          |        |

e. 근로소득과 상기 금액을 공제한 후 남은 금액에서 다음 금액을 공제하게 됩니다.

i. 근로소득의 첫 \$65 외

ii. 남은 근로소득의 50%

DDD는 귀하가 보고한 지출비 중에서 어느 지출비를 허용할 것인지를 결정할 것입니다.

이러한 조치에 대한 허가 내용은 아래 법규에서 확인하실 수 있습니다.

42CFR435.726, WAC 388-515-1510, WAC 388-101-1420 및 WAC 388-106-0225.

|             |              |             |
|-------------|--------------|-------------|
| DDD 케이스 매니저 | 케이스 매니저 전화번호 | 케이스 매니저 이메일 |
|-------------|--------------|-------------|

COPIES TO: Guardian    NSA Representative    Payee